

المكتب الولاني بالوادي
رقم : ... /

طلب إعادة عتاد شبه طبي

انا الممضي (ة) أسفله :

المولود (ة) بتاريخ :

الساكن (ة) :

بلدية دائرة ولاية ولادة

الهاتف : /

صاحب بطاقة التعريف الوطنية رقم : الصادرة في :

عن :

أشهد بأني استلمت من الجمعية المذكورة أعلاه العتاد أو الجهاز التالي
..... 1 - (التعيين) (رقم الجرد) (الترقيم)

أتعهد

أن أعيده في فترة لا تتجاوز 15 يوما ، وبراجعه سليما أو تعويضه في حالة العطب أو الضياع.

إدارة الجمعية

إمضاء المعنى